

**Universidad Del Sureste Medicina Humana
Campus Comitán
Licenciatura en medicina humana**

Nombre del trabajo:

Resumen sedación paliativa, eutanasia

Nombre del alumno:

Carlos Omar Jacob Velázquez

6

Grado: 6° A

Medicina Paliativa

Docente:

Dr. Agenor Abarca Espinosa

4. Suurmond J, Uijters E, de Bruijne MC, Stronks K, Essink-Bot ML. Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2011, 11:10.

Gabriela Picco*, Isabel Erquiaga, Samuel Goñi y Pilar Huarte

Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital San Juan de Dios, Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: gabpicco@hotmail.com (G. Picco).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2012.03.002>

Sedación paliativa

Palliative sedation

Sra. Directora:

La sedación paliativa es un tema de gran importancia en el trabajo diario de los profesionales de cuidados paliativos. Sin embargo, existen pocos trabajos publicados sobre este tema en nuestro medio y por ello, cuando nos proponemos evaluar la actividad diaria y compararla con la que realizan otros equipos, no resulta fácil.

Al revisar los artículos y las comunicaciones sobre la práctica de sedación paliativa por distintos equipos sanitarios se pueden observar una serie de cuestiones que son prácticamente siempre evaluadas: frecuencia, motivo de la sedación, fármacos utilizados, duración hasta el fallecimiento y aspectos relacionados con la toma de decisiones. De estas 5 encuentro un apreciable consenso en las más «técnicas» como son: los medicamentos utilizados, sus dosis y la duración de la sedación hasta el fallecimiento. Pero en el resto parece que los investigadores no se ponen de acuerdo y no dejo de sorprenderme al comprobar la disparidad en la frecuencia de sedación a domicilio entre unos equipos y otros y las diferencias en los síntomas que motivan la indicación. ¿Tan diferentes son los pacientes atendidos por unos u otros? ¿Cómo puede ser que un equipo sede a más de la mitad de los pacientes y otro apenas a un 5%?

En un artículo reciente, Pérez, Gallego y Jaén¹ comunican una frecuencia de sedación a domicilio del 65% superior al de la mayoría de estudios consultados, aunque no explican los motivos de esa diferencia.

En otro artículo publicado anteriormente en Medicina Paliativa, Carballada y Ameneiros² explican la amplitud en la frecuencia de sedación paliativa llevada a cabo en pacientes oncológicos en su domicilio a través de diferentes argumentos. Aseguran que no hay muchos trabajos sobre este tema y que una gran parte de los existentes se refieren al ámbito hospitalario y son retrospectivos y no permiten una comparación adecuada con el suyo, realizado a domicilio y al que consideran prospectivo. Es cierto que hay pocos. Sin embargo, a parte de los mencionados por ellos y con las limitaciones que este tipo de comunicaciones pueda tener, he podido encontrar 5 trabajos presentados en los últimos congresos SECPAL sobre sedación paliativa a domicilio, 2 de ellos llevados a cabo por unidades de hospitalización a domicilio, como en su estudio.

Los autores referidos argumentan que los estudios en los que se consideran los casos de sedación superficial y profunda comunican cifras de frecuencia más elevada de dicha intervención que los que solo tienen en cuenta las sedaciones profundas. Este argumento no parece justificar los resul-

tados de su trabajo en el que solo se consideran las sedaciones profundas y obtienen una frecuencia en el límite alto del rango de frecuencia publicado, ni el de Royo et al.³ en el que se comunica una frecuencia del 4,1% y no se distingue entre sedación paliativa y sedación en la agonía de pacientes oncológicos atendidos por 4 equipos de soporte domiciliario. En otro estudio, Sanz et al.⁴ refieren una frecuencia del 35% de sedación profunda e irreversible de pacientes oncológicos a domicilio. Irúzun et al.⁵ comunican una frecuencia del 26% de sedaciones ante síntomas refractarios en pacientes oncológicos que fallecieron en su domicilio atendidos por su Unidad de Hospitalización a Domicilio. Por su parte, Torremorell et al.⁶ comunican un 34% y Romero et al.⁷ refieren un 27% de sedación terminal a domicilio de pacientes oncológicos.

Otro de los argumentos expuestos es el relativo a las «características» y a la mayor complejidad de los pacientes atendidos en hospitalización a domicilio. En mi opinión, si la frecuencia de sedación paliativa dependiera de la complejidad de los pacientes, en las Unidades de Hospitalización de Agudos de Cuidados Paliativos se darían las frecuencias más elevadas. Pero, según los mismos autores han comprobado, las frecuencias no difieren mucho entre el domicilio y el hospital.

Pienso que uno de los argumentos principales para explicar la amplitud de frecuencia en la sedación paliativa se encuentra en lo que Carballada y Ameneiros definen como «diferentes abordajes clínicos». Es decir, la intensidad/limitación en el esfuerzo terapéutico ante síntomas que los diferentes equipos pueden encontrar, en sí mismos, «más o menos refractarios» en función de una supervivencia estimada. Esto es subjetividad.

A este respecto, considero que la Guía de Sedación Paliativa⁸ recientemente publicada por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y la Organización Médica Colegial (OMC) es un documento que debe servir para reforzar la buena praxis y la correcta aplicación de la sedación paliativa de una manera protocolizada y que de homogeneidad a esta intervención entre los equipos de cuidados paliativos y los médicos que precisemos de su utilización para el control de síntomas refractarios en el ejercicio profesional.

Bibliografía

1. Pérez Durillo FT, Gallego Montalbán JA, Jaén Castillo P. Análisis de actividad de un equipo de soporte de cuidados paliativos. *Med Pal.* 2012;18:129-34.
2. Carballada C, Ameneiros E. La sedación paliativa en pacientes oncológicos en una unidad de hospitalización a domicilio: un análisis prospectivo de 7 años de experiencia. *Med Pal.* 2010;17:276-9.

3. Royo JL, Fernández L, Pérez de León JA, Alegre S, Barranco E, Boceta J, et al. Sedación Paliativa: Estudio descriptivo según sus características y nivel de consentimiento. Datos años 2006-2007. En: 7.º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos: 4-7 de junio, Salamanca, 2008. *Med Pal.* 2008;15 Suppl. 1:ss295-6.
4. Sanz J, Rodríguez V, Manzanos A, García A, Alonso MA. Sedación paliativa en domicilio. En: 6.º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos: 7 a 10 de junio, Donostia, 2006. *Med Pal.* 2006;13 Suppl. 1:ss132.
5. Irúzun J, de Damborenea MD, Fernández A, Salán JM, Larrazábal A, Santiago M. Sedación paliativa en pacientes con hospitalización a domicilio. En: 7.º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos: 4-7 de junio, Salamanca, 2008. *Med Pal.* 2008;15 Suppl. 1:ss296.
6. Torremorell D, Libran A, Pastor P, Sala C. Uso de la sedación paliativa en la UCP y PADES del Consorcio Sanitario de Tarrasa. 7.º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos: 4-7 de junio, Salamanca, 2008. *Med Pal.* 2008;15 Suppl. 1:ss308.
7. Romero J, Gálvez R, Ruiz S, Cepa R, Cátedra M, Alba R, et al. Sedación terminal en domicilio coordinada entre Unidad Cuidados Paliativos y Atención Primaria. 8.º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos: 5-8 de mayo, A Coruña, 2010. *Med Pal.* 2010;17 Suppl. 1:ss214.
8. Organización Médica Colegial. Sociedad Española de Cuidados Paliativos [portal en Internet]. Guía de sedación paliativa [actualizado 14 Nov 2011; citado 02 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.secpal.com/barchivos//index.php?acc=ver&idarchivo=271>

Miguel Ángel Sancho Zamora

Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España
 Correo electrónico: masancho.hrc@salud.madrid.org

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2012.07.006>

Los cuidados paliativos transculturales: una visión universal de los cuidados

Cross-cultural palliative care: a universal vision of care

La multiculturalidad de nuestra población es cada vez más evidente y este fenómeno se refleja en nuestro sistema de salud donde los usuarios proceden de orígenes diversos.

La atención paliativa a pacientes de distintas culturas precisa nuevas formas de concebir y desarrollar los cuidados al final de la vida.

Cada cultura incluye creencias, valores y costumbres procedentes, algunos de ellos, de la religión que tradicionalmente ha ofrecido el sentido de la muerte y los cuidados en los enfermos terminales. Por lo tanto, parece imprescindible tener en cuenta este aspecto pero desde una perspectiva amplia y respetuosa con cada paciente y cada familia.

En Occidente, por ejemplo, la muerte vista desde la laicidad es un proceso que se considera meramente biológico. Podrá ser vivida desde la depresión, la ansiedad y la tristeza o desde la naturalidad en función de cada persona y su filosofía de vida. Esta laicidad convive con otras religiones que dan distintas interpretaciones al sufrimiento, el dolor y la muerte.

Esta heterogeneidad de culturas y creencias sobre el final de la vida en muchos casos acaba provocando problemas entre profesionales y pacientes debido a la falta de conocimientos sobre algunas características culturales. Para hacer frente a esta problemática surgen los cuidados paliativos transculturales que pueden guiar al profesional en sus actuaciones en función de las creencias del paciente que atiende y así poder conseguir una comunicación eficaz y un buen entendimiento que facilite las distintas tareas que se requieran para el cuidado y el bienestar.

Este fenómeno nos plantea una nueva visión en la formación de los cuidados paliativos para los profesionales presentes y los futuros. El currículo docente debería contemplar la diversidad cultural pero no pensando solamente en la población inmigrante, sino en la diversidad y la comple-

jidad de las personas. Muchas de ellas han creado su propia filosofía de vida entendiendo a su manera la muerte y el sentido de los cuidados paliativos sin que se identifique con ninguna cultura específica.

Los cuidados paliativos transculturales sirven de guía en la atención a pacientes de distintas culturas pero no hay que caer en el error de aplicar la totalidad de los cuidados de manera generalizada ya que querer generalizar toda una cultura es una tarea no compleja sino prácticamente imposible. El profesional debe trabajar desde la personalización y la evidencia ayudando y guiando al paciente para que participe activamente en su proceso, entendiendo y respetando su cosmovisión. Durante este proceso el equipo interdisciplinar debe saber tratar con dilemas éticos interculturales ya que muchas veces verá que sus valores entran en contradicción con los del paciente que atiende. Como cuidadores y acompañantes de estos procesos debemos trabajar desde la neutralidad, viendo y entendiendo lo que el paciente nos quiere transmitir y dejando de lado los estereotipos y los prejuicios marcados por nuestra sociedad.

Todo este fenómeno no hay que verlo solo como un reto sino como una nueva oportunidad de replantear los cuidados paliativos para convertirlos en cuidados universales.

Hay que enriquecerse de las interpretaciones de otras culturas para poder entender mejor las significaciones del final de la vida.

Dada la complejidad de nuestra sociedad actualmente estoy realizando una revisión sistemática en cuidados paliativos transculturales que espero poder presentar muy pronto para ayudar al resto de los profesionales a solucionar algunos dilemas éticos y culturales.

Imad El Bouchaibi Dali

Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat (adscrita a la Universitat Autònoma de Barcelona), Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España
 Correo electrónico: imad.dali@eug.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2012.10.003>

La sedación paliativa es de suma importancia en el trabajo de los profesionales de la salud en cargados del cuidado paliativo de las personas, sin embargo, al hablar de este tema no existe información suficiente que logre abordar este tema.

La sedación paliativa es una intervención médica empleada en el ámbito de los cuidados paliativos con el propósito de aliviar el sufrimiento intolerable en pacientes con enfermedades terminales o en etapas avanzadas.

Este procedimiento consiste en la administración controlada de fármacos sedantes para reducir la conciencia del paciente, mitigando síntomas refractarios como el dolor, la disnea, la agitación o la ansiedad que no responden a otros tratamientos paliativos.

La práctica de la sedación paliativa se fundamenta en principios éticos y clínicos rigurosos, garantizando que su aplicación sea proporcional y adecuada a las necesidades del paciente.

Se considera una medida de último recurso, solo implementada después de haber agotado todas las opciones terapéuticas disponibles para el manejo de síntomas.

El objetivo primordial es mejorar la calidad de vida del paciente en sus últimos momentos, respetando su dignidad y autonomía.

Al hablar de la sedación paliativa en la práctica se consideran la frecuencia, motivo de sedación, fármacos utilizados y aspectos en la toma de decisión.

De estas 5 encuentro un apreciable consenso en las más técnicas como son: los medicamentos utilizados, sus dosis y la duración de la sedación hasta el fallecimiento.

En un artículo reciente, Pérez, Gallego y Jaén comunican una frecuencia de sedación a domicilio del 65% superior al de la mayoría de estudios consultados, aunque no explican los motivos de esa diferencia.

En otro artículo publicado anteriormente en Medicina Paliativa, Carballada y Ameneiros explican la amplitud en la frecuencia de sedación paliativa llevada a cabo en pacientes oncológicos en su domicilio a través de diferentes argumentos.

Sin embargo, a parte de los mencionados por ellos y con las limitaciones que este tipo de comunicaciones pueda tener, he podido encontrar 5 trabajos presentados en los últimos congresos SECPAL sobre sedación paliativa a domicilio, 2 de ellos llevados a cabo por unidades de hospitalización a domicilio, como en su estudio.

En otro estudio, Sanz et al. refieren una frecuencia del 35% de sedación profunda e irreversible de pacientes oncológicos a domicilio. Irúzun et al.⁵ comunican una frecuencia del 26% de sedaciones ante síntomas refractarios en pacientes oncológicos que fallecieron en su domicilio atendidos por su Unidad de Hospitalización a Domicilio.

Por su parte, Torremorell et al.⁶ comunican un 34% y Romero et al.⁷ refieren un 27% de sedación terminal a domicilio de pacientes oncológicos.

Uno de los argumentos principales para explicar la amplitud de frecuencia en la sedación paliativa se encuentra en lo que Carballada y Ameneiros definen como diferentes abordajes clínicos.

Es decir, la intensidad/limitación en el esfuerzo terapéutico ante síntomas que los diferentes equipos pueden encontrar, en sí mismos, «más o menos refractarios» en función de una supervivencia estimada.

Esto es subjetividad.

Conclusión

La sedación paliativa es una herramienta esencial en el manejo de síntomas refractarios en el final de la vida, siempre que se realice de manera ética y profesional.

La decisión de iniciar la sedación paliativa debe basarse en una evaluación cuidadosa y multidisciplinaria, considerando tanto los deseos del paciente como los de su familia.

Es fundamental que los profesionales de la salud mantengan una comunicación abierta y honesta con los pacientes y sus seres queridos, explicando claramente los objetivos y las implicaciones de la sedación paliativa.

De este modo, se puede garantizar que esta práctica se lleve a cabo respetando la autonomía del paciente y su derecho a una muerte digna, minimizando el sufrimiento y ofreciendo un cuidado compasivo en los momentos finales de la vida.

Entre la enfermedad y la muerte: «Eutanasia»

Between illness and death: "Euthanasia"

Ma del Carmen Dubón-Peniche^{1*}, Luis E. Bustamante-Leija²

¹Dirección Médica, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga; ²Dirección General de Arbitraje, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Ciudad de México, México

***Correspondencia:** María del Carmen Dubón-Peniche. E-mail: maria.dubon@salud.gob.mx

Fecha de recepción: 25-07-2018
Fecha de aceptación: 15-12-2018
DOI: 10.24875/CIRU.18000626
Cir Cir. 2020;88(4):519-525

Resumen

Los argumentos a favor y en contra de la eutanasia exponen un panorama complejo, que será necesario discutir y decidir en México. En este artículo se abordan algunos aspectos relevantes, como la determinación legal de la muerte, el campo de intervención de la bioética, la terminología relacionada con la eutanasia, sus clasificaciones, los instrumentos internacionales promotores de los derechos humanos, y reflexiones sobre la importancia de los cuidados paliativos y el derecho que tiene el paciente en situación terminal para actuar conforme a sus objetivos, expectativas y creencias, en el contexto de sus relaciones familiares y sociales.

Palabras Clave: Cuidados paliativos. Eutanasia. Muerte. Suicidio asistido.

Abstract

The arguments for and against euthanasia present a complex picture that will need to be discussed and decided in Mexico. This article addresses some relevant aspects such as the legal determination of death, the field of bioethics intervention, terminology related to euthanasia, its classifications, international instruments promoting human rights, as well as reflections on the importance of palliative care and the patient's right to be in a terminal situation to act in accordance with their goals, expectations and beliefs, in the context of their family and social relationships.

Key Words: Palliative care. Euthanasia. Death. Assisted suicide.

«La muerte es un castigo para algunos, para otros un regalo, y para muchos un favor.»

Séneca

Introducción

Para tratar el tema de la eutanasia es inevitable hablar de la muerte; el término proviene del latín *mors-mortis*, que significa cesación. Desde el punto de vista biológico, consiste en el cese de las funciones orgánicas de un ser vivo, más allá de las cuales no es posible su revivificación. En el derecho, la muerte de la persona extingue su personalidad en las relaciones jurídicas, en tanto que en medicina legal el diagnóstico clínico de muerte se basa en la abolición definitiva, irreversible y permanente de las funciones vitales del organismo.

En ese sentido, el primer problema que se presenta es el momento de la determinación legal de la muerte, sus causas y la forma de certificar la defunción, pues son asuntos no solo de orden público, sino también de Salubridad General de la República.

La Ley General de Salud, en su Título IV «Pérdida de la Vida», dispone como criterios para la determinación legal de la muerte los siguientes¹:

Artículo 343.- Para efectos de este Título, la pérdida de la vida ocurre cuando se presentan la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible.

La muerte encefálica se determina cuando se verifican los siguientes signos:

- *–Ausencia completa y permanente de conciencia;*
- *–Ausencia permanente de respiración espontánea, y*
- *–Ausencia de los reflejos de tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia a estímulos nociceptivos.*

Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.

Artículo 344.- Los signos clínicos de la muerte encefálica deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:

- *–Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica, corroborado por un médico especialista;*
- *–Cualquier otro estudio de gabinete que demuestre en forma documental la ausencia permanente de flujo encefálico arterial.*

La muerte es uno de los acontecimientos más trascendentes, ya que significa el final de un cuerpo vivo, y mientras que para algunas personas representa el fin de su existencia, para otras es el comienzo de la vida eterna². Es un hecho inherente a todos los seres vivos, y de manera particular en las personas su abordaje es complejo y supone las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ocurre³. Una forma de catalogar la muerte es por su causa (enfermedad, accidente, suicidio, homicidio, etc.), lo cual determina las posibilidades de intervención médica.

En resumen, las personas mueren por diferentes causas, en diversas circunstancias y ámbitos culturales, con distintos niveles de conciencia y diferentes percepciones de lo que constituye una buena muerte.

- *La relación que cada uno de nosotros establece con la muerte se teje en el plano más íntimo, a través de la conciencia personal, matizada por la época, las creencias y los conocimientos, y en base a ello cada cual vuelve la vista para buscar un sentido a su propia muerte⁴.*

Los rápidos adelantos de la ciencia y sus aplicaciones tecnológicas en la medicina han suscitado distintos enfoques éticos relacionados con la eutanasia, mismos que ameritan ser explorados, considerando no solo

el respeto a la dignidad de la persona, sino también el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

La vida es un derecho universal reconocido en constituciones políticas y normas de diferentes países, así como en instrumentos internacionales, entre los que destacan la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea y la Convención Americana de los Derechos Humanos. En este contexto, es evidente que el derecho internacional actúa como uno de los principales promotores de los derechos humanos (Fig. 1)⁵.

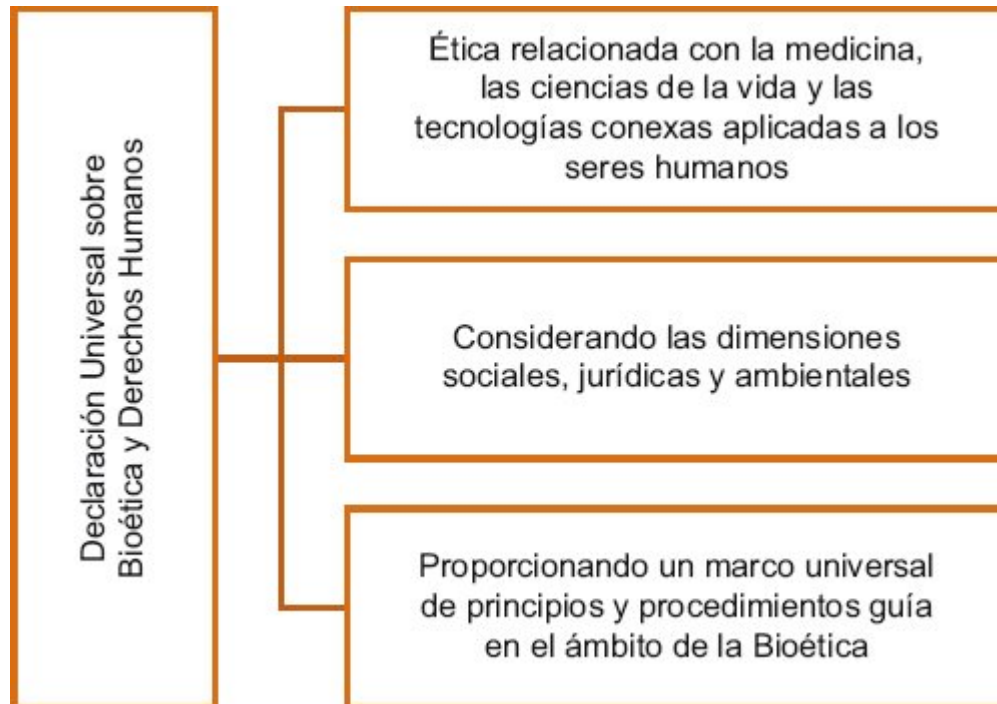


Figura 1. Declaración universal sobre bioética y derechos humanos (adaptada de: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura⁵).

Existen diferentes perspectivas para situar el análisis de la eutanasia, el cual invariablemente debe reconocer sus consecuencias en el Derecho positivo. El campo de intervención de la bioética es amplio, pues sustenta su reflexión con la filosofía, la medicina, el derecho y la sociología, entre otras disciplinas. Dada la complejidad de su objeto, enlaza e integra distintos conocimientos a fin de responder ante diferentes argumentos y posturas que van surgiendo con los avances científicos y tecnológicos, los cuales en las ciencias médicas han representado la posibilidad de transformar el proceso salud-enfermedad en las personas, generando mayores expectativas en cuanto a la prolongación de la vida, y de manera especial en pacientes en estado grave, crítico o terminal.

En ese sentido, si bien es cierto que el desarrollo de la ciencia y la tecnología implica razonamientos éticos en sus aplicaciones, también lo es que no todo lo científicamente y técnicamente posible puede ser justificable desde un punto de vista ético y jurídico.

La bioética exige de la sociedad la necesidad de deliberar sobre los problemas relacionados con el medio ambiente, la vida y el cuerpo de las personas, así como la responsabilidad con las futuras generaciones, entre otros aspectos⁶.

Históricamente, la relación médico-paciente ha sido el elemento central de la ética médica, pues es a partir de esta relación que adquieren sentido los procesos de atención médica. En ese orden de ideas, es necesario reflexionar sobre un tema tan polémico al orientar la atención: saber advertir la línea de demarcación que permite distinguir lo permisible de lo no permisible⁷. En efecto, la decisión en cuanto a

la indicación, la realización o la suspensión de procedimientos diagnóstico-terapéuticos en pacientes con enfermedad terminal no es fácil, y en este campo surge el apoyo de los Comités Intrahospitalarios de Bioética, los cuales entre sus objetivos contemplan asesorar al personal de salud y los usuarios en relación con los problemas y los dilemas bioéticos que surgen en la prestación de servicios de atención médica y docencia en salud, desde una perspectiva laica y científica⁸.

Lograr claridad conceptual resulta fundamental para tener la posibilidad de abordar los paradigmas morales que se presentan en el manejo de los pacientes y sus enfermedades por parte de los prestadores de servicios de atención médica, quienes diariamente enfrentan la toma de decisiones en las que entran en juego conflictos de valores.

Eutanasia, concepto y términos relacionados

La Organización Mundial de la Salud refiere que las definiciones de la eutanasia no son precisas y pueden variar de una persona a otra, pero con algunos elementos en común. La mayoría de los comentaristas limitan su descripción a la eutanasia directa o activa, que se puede dividir en tres categorías: 1) el homicidio intencional de quienes han expresado su deseo competente y libre; 2) el suicidio profesionalmente asistido; y 3) el homicidio intencional de los recién nacidos que tienen anomalías congénitas que pueden o no amenazar la vida, a menudo por retención de alimento. El término eutanasia pasiva es engañoso e inexacto; se refiere a prácticas en pacientes moribundos, como son el retiro del tratamiento que ha demostrado ser de ningún beneficio, o bien no iniciar un tratamiento que se considere de ningún beneficio, y la aplicación vigorosa de tratamiento para el dolor, aunque esto posiblemente pueda acortar la vida. Ya que estas decisiones se pueden hacer cerca del final de la vida, la muerte puede seguir pronto, pero no invariablemente, y se han etiquetado estas prácticas como eutanasia⁹.

Para la Asociación Médica Mundial, la eutanasia es considerada como la realización de forma intencional y con conocimiento de un acto con la clara intención de poner término a la vida de otra persona, siempre y cuando esta sea competente, se encuentre informada del estado incurable de su enfermedad y haya pedido voluntariamente terminar con su vida¹⁰.

La eutanasia está definida por la Real Academia Española como «Acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él» y como «Muerte sin sufrimiento físico»¹¹.

Etimológicamente, «eutanasia» es una palabra que deriva de sus raíces griegas, *eu* (bueno) y *thanatos* (muerte), y significa buena muerte o bien morir. Lo contrario de la eutanasia es la distanasia (obstinación terapéutica o ensañamiento terapéutico), por sus raíces griegas *dis* (mal, algo mal hecho) y *thanatos* (muerte), y consiste en retrasar el acontecimiento de la muerte todo lo posible aunque no exista esperanza alguna de curación, sin tomar en cuenta la calidad de vida del enfermo; es decir, se trata de la prolongación de la agonía, el sufrimiento y la muerte de un paciente¹². La obstinación terapéutica no es otra cosa más que la adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía¹³.

La ortotanasia se refiere a permitir que la muerte ocurra en su tiempo cierto, «cuando deba ocurrir», y los profesionales de la salud están capacitados para otorgar al paciente todos los cuidados y tratamientos para disminuir el sufrimiento sin alterar el curso de la enfermedad ni, por ende, el curso de la muerte. Existe también la limitación del esfuerzo terapéutico, consistente en retirar o no iniciar medidas terapéuticas porque los profesionales de la salud estiman que en la situación concreta del paciente son inútiles, ya que solo conseguirían prolongarle la vida sin posibilidad de brindarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima. La omisión o el retiro de los medios extraordinarios también se ha denominado adistanasia¹⁴.

Por su parte, el suicidio consiste en el acto mediante el cual una persona se priva voluntariamente de la vida, y el suicidio asistido se refiere a que un tercero proporcione algún medio efectivo al paciente con el fin de que este pueda darse muerte por sí mismo.

En cuanto a su clasificación, la eutanasia ha sido catalogada según su género, surgiendo así una variedad de categorías, entre las que destacan¹⁵⁻¹⁸:

- –Por su finalidad:
 - –Eugenésica: muerte a personas deformes o enfermas, para no degenerar la raza.
 - –Económica: eliminación de enfermos incurables, discapacitados o ancianos, para aligerar a la sociedad de personas inútiles que suponen elevados costos económicos y asistenciales.
 - –Piadosa: por sentimiento de compasión hacia la persona que está soportando graves sufrimientos, sin esperanza de sobrevivir.
 - –Solidaria: muerte indolora a personas desahuciadas con el fin de utilizar sus órganos o tejidos con fines terapéuticos.
- –Por la modalidad de acción:
 - –Activa: solicitada por el propio paciente en etapa terminal y provocada por la acción positiva de un médico o personal de salud.
 - –Pasiva: muerte de un paciente por omisión de un tratamiento terapéutico necesario, interrupción de la terapia con la finalidad de no prolongar los sufrimientos de un enfermo al final de la vida.

Esta distinción entre eutanasia activa y pasiva tiende a desaparecer al sustituirse la terminología de «eutanasia pasiva» por la de «limitación del esfuerzo terapéutico», aceptándose de forma general que no se justifica prolongar el sufrimiento del enfermo de manera completamente inútil.

- –Por la intención:
 - –Directa: provocación de la muerte inmediata y de manera deliberada con medios ciertos.
 - –Indirecta o lenitiva: acción u omisión que indirectamente (por efecto secundario) provoca la muerte.
 - –Por el contenido volitivo:
 - –Voluntaria: se realiza a petición del paciente con su consentimiento informado, expreso y consciente.
- –No voluntaria, que contempla dos argumentos:
 - –Muerte del paciente que no es capaz de entender la opción entre la vida y la muerte.
 - –Se impone a un paciente en contra de su voluntad, contraviniendo sus propios deseos.

La modalidad no voluntaria es elemento de debate al entenderse que se trata de una imposición, y por lo que tanto se hablaría de homicidio.

- –Por la autoría:
 - –Heterónoma: interviene una o varias terceras personas.
 - –Autónoma: actúa el propio paciente. En esta modalidad se hablaría de suicidio.

Independientemente de las distintas clasificaciones, el propósito es el mismo: terminar con la vida de una persona.

Medicina paliativa

En la actualidad, los cuidados paliativos, incluyendo la psicología del moribundo y el duelo, ocupan un lugar preponderante; son un enfoque de mejora de la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y la correcta evaluación y tratamiento del dolor, así como de otros problemas físicos, sociales y espirituales. Son especialmente importantes en países poco desarrollados, donde con elevada frecuencia se presentan casos diagnosticados en etapas avanzadas de la enfermedad, cuando ya no es posible la curación, pero se puede ayudar a disminuir el sufrimiento mediante intervenciones asequibles.

En nuestro país, el 5 de enero de 2009 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por medio del cual se reformó la Ley General de Salud efectuando adiciones en materia de cuidados paliativos. Dicha Ley dispone que toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en

cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito, ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad.

Los cuidados paliativos consisten en el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a un tratamiento curativo: el control del dolor y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

Un paciente susceptible de recibir cuidados paliativos es aquel que cursa con una enfermedad o situación avanzada, crónica, incurable, que puede incluir trastornos infecciosos, traumáticos, metabólicos, degenerativos u oncológicos, entre otros, con independencia del pronóstico del tiempo de sobrevida¹⁹. Sin embargo, los cuidados paliativos no deben reservarse solo para la última etapa de la vida, sino que deben aplicarse de manera conjunta al tratamiento que intenta modificar la enfermedad e incrementarse a medida que el paciente se acerca al final de la vida. Los cuidados paliativos también deben ser extensivos a la familia, incluso aún después de la muerte del paciente²⁰.

Todos los pacientes sin expectativa curativa deben tener acceso a un nivel básico de cuidados paliativos. Se considera paciente terminal aquel que presenta una enfermedad avanzada, progresiva, incurable, con síntomas intensos, múltiples, multifactoriales, sin posibilidad de reaccionar positivamente a un tratamiento curativo, con amplias posibilidades de que le sobrevenga la muerte a causa de ese padecimiento. El paciente en situación terminal tiene derecho a recibir atención médica integral, así como a optar por recibir cuidados paliativos en su domicilio. En efecto, la autonomía es un principio fundamental de la bioética, y se refiere a la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa, con información suficiente y sin coacción interna ni externa; es decir, la autonomía reconoce que la persona enferma tiene derecho a decidir libremente, después de haber recibido la información apropiada, entre las opciones clínicas disponibles, y reconoce también el derecho a negarse al tratamiento¹⁹.

El médico debe iniciar los cuidados paliativos en el momento en que se diagnostique el estado terminal y se informe al enfermo de las opciones, respetando su decisión y solicitando su consentimiento informado por escrito. Al respecto, el artículo 166 bis de la Ley General de Salud dispone lo siguiente²¹:

- I. *Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello;*
- II. *Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal;*
- III. *Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento;*
- IV. *Dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo;*
- V. *Determinar los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos; y*
- VI. *Establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y la obstinación terapéutica.*

Cabe mencionar que la calidad de vida se refiere a las condiciones físicas, psicológicas y sociales concretas que permiten al paciente en situación terminal actuar de acuerdo con sus objetivos, expectativas y creencias, en el contexto de sus relaciones familiares y sociales¹³ (Fig. 2).

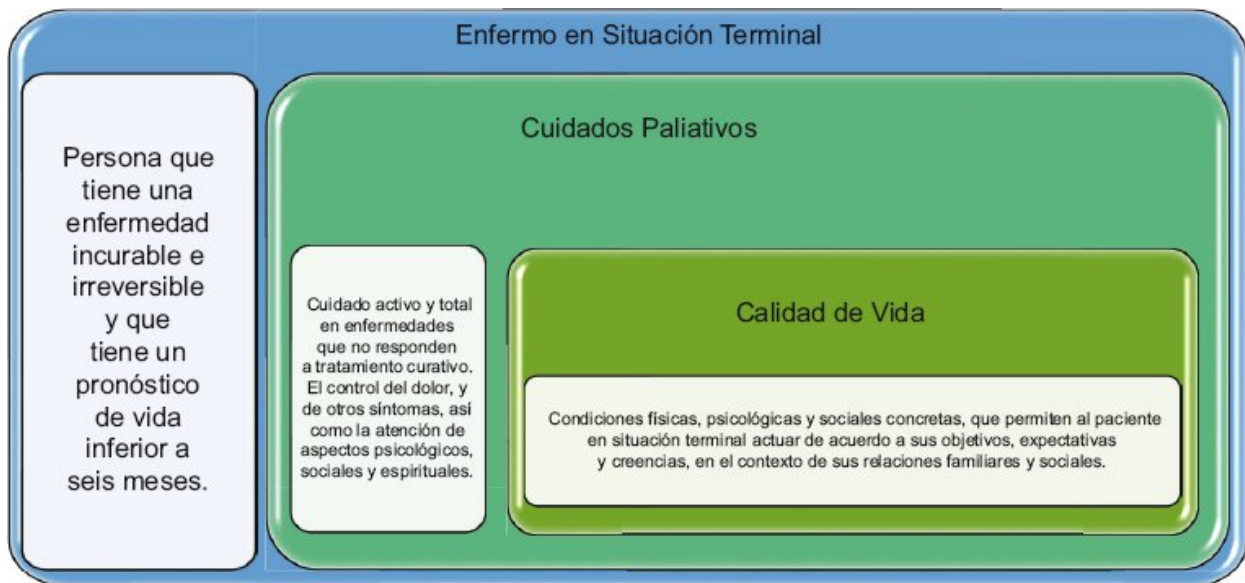


Figura 2. Enfermo en situación terminal (adaptada de: Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-201419).

Al hablar de cuidados paliativos, debe especificarse la distinción entre medidas ordinarias y extraordinarias. Las medidas ordinarias son las proporcionadas a las condiciones del enfermo, como el acompañamiento, la comunicación, la hidratación, la alimentación, los cambios de posición, el aseo y la curación de las heridas, así como los procedimientos y los medicamentos administrados para mitigar el dolor o suprimir síntomas molestos como náuseas, vómitos, mareos e insomnio, todo ello para disminuir el sufrimiento, con lo que se pretende que el paciente este más cómodo y tenga una mejor calidad de vida. Las medidas extraordinarias o desproporcionadas a las condiciones del enfermo no están indicadas en quienes, por lo avanzado de su enfermedad, complicaciones graves y falta de respuesta al tratamiento, el pronóstico es fatal a corto o mediano plazo; entre ellas se pueden mencionar el soporte respiratorio, los estudios diagnósticos invasivos, la cirugía, los antibióticos, la nutrición parenteral y las drogas vasoactivas, y lo mismo puede decirse de la quimioterapia y la radioterapia, que dan lugar a molestias y efectos indeseables. En este orden de ideas, es indudable que a los avances científicos y tecnológicos que han salvado muchas vidas y curado muchas enfermedades se ha sumado la medicina paliativa, la cual no es contraria a dichos avances, pero pugna por su adecuado uso, con un sentido humanista en el que prevalece el respeto a la voluntad y la autonomía del enfermo. El equipo de medicina paliativa interviene y acompaña al enfermo desde el momento inicial, durante toda la evolución de la enfermedad y el proceso diagnóstico y terapéutico, tiempo en que se fortalece la relación del médico con el paciente y la familia²².

La eutanasia en distintos países

La eutanasia ha sido manejada esencialmente por dos corrientes filosóficas fundamentadas en la ciencia y la religión, basándose en conocimientos y creencias socialmente desarrolladas, invocando la dignidad humana tanto para defenderla como para rechazarla. Para sus defensores, la dignidad humana del enfermo consiste en el derecho a elegir de manera libre el momento de su muerte. Para sus detractores, la dignidad humana es oponerse a este derecho por considerarlo una arbitrariedad frente a un asunto exclusivamente de orden divino, para algunos, o científico-legal para otros²³.

Holanda fue el primer país en permitir la eutanasia con la aprobación de la Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y de auxilio al suicidio, en la cual se estipulan las condiciones del procedimiento que debe seguirse para que pueda llevarse a cabo²⁴. Por su parte, Bélgica aprobó la Ley de muerte digna y eutanasia, la cual dispone que el paciente debe cumplir varios requisitos en su solicitud, ya que debe ser voluntaria, reflexionada y reiterada con certificación de varios médicos, quienes deben obtener la aprobación de una Comisión Federal Médica. Posteriormente, Luxemburgo aprobó la Ley sobre el derecho a una muerte digna.

En los Estados Unidos de Norteamérica, en Oregón es legal la eutanasia activa por la Ley de muerte con dignidad, la cual establece los requisitos para solicitar la medicación que termine una vida en forma humana y digna; se trata de una despenalización alejada de las legislaciones belga y holandesa.

En América Latina, Colombia es el único país donde se encuentra despenalizada la eutanasia para enfermos terminales que expresen su voluntad libre de poner fin a su vida, quedando los médicos que los asisten exentos de responsabilidad legal.

La eutanasia en México está penalizada. El Código Penal Federal contempla el delito de auxilio o inducción al suicidio, y aunque se considera como homicidio piadoso, pues la ayuda al enfermo terminal se brinda con la intención de aliviar su sufrimiento y a petición del propio enfermo, se persigue de oficio, y cuando se trata de un menor o enfermo mental, la pena se agrava y se considera homicidio calificado.

- *Artículo 312.- El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años.*
- *Artículo 313.- Si el occiso o suicida fuere menor de edad o padeciere alguna de las formas de enajenación mental, se aplicarán al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas²⁵.*

El 7 de enero de 2008 fue promulgada la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal (ahora Ciudad de México), con objeto de establecer y regular las normas, los requisitos y las formas de realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor sea imposible mantener su vida de manera natural. Las disposiciones establecidas en esta Ley son relativas a la práctica médica aplicada al enfermo en etapa terminal, consistente en el otorgamiento del tratamiento de los cuidados paliativos, protegiendo en todo momento su dignidad.

Siguiendo a la Ciudad de México, otras entidades federativas cuentan con leyes que regulan la voluntad anticipada, entre ellas Aguascalientes, Chihuahua, Coahuila, Colima, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nayarit y San Luis Potosí.

Entre los argumentos de quienes se oponen a la eutanasia, uno de los más fuertes consiste en que legalizar la eutanasia llevaría de manera inevitable a abusos en el sentido de terminar con la vida de enfermos sin que ellos lo soliciten, ya sea por decisión del médico, de la familia o de ambos²⁶.

También hay posturas que refieren que el derecho moral del paciente al respeto de su integridad y autonomía no es absoluto, y cuando ese derecho entra en conflicto con el de la integridad de otras personas surgen varias limitaciones. Una de ellas es el derecho del médico, pues el paciente no puede transgredir la integridad del médico como persona cuando se opone a la eutanasia por razones morales.

Reflexiones finales

Los argumentos a favor y en contra de la eutanasia exponen un panorama complejo, que será necesario discutir y decidir en México, y si bien la experiencia en otros países es de gran utilidad, se deben encontrar soluciones que respondan a las particularidades de nuestra cultura.

El tema es muy sensible y trascendente para suscitar un amplio debate, tanto en el plano ético como en el legal, que involucre no solo a la comunidad científica, sino que también exprese el sentir de la sociedad, tanto en el ámbito nacional como en el internacional, con argumentos fundamentales, referentes a la defensa de la dignidad humana y la preocupación para que el ejercicio de la medicina mantenga el sentido humanista que la ha caracterizado.

Dentro de su labor cotidiana, los prestadores de servicios de atención médica se enfrentan al fenómeno de la muerte, para lo cual deben ser capaces de realizar un análisis crítico y elegir la mejor opción para el enfermo y su familia, distinguiendo claramente entre prolongar la vida y prolongar la muerte.

Para lograr lo anterior, se considera indispensable que las instituciones de salud impulsen la formación bioética, así como la actualización médica continua en aspectos bioéticos y legales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación de 27 de enero de 2017. (Consultado el 28 de junio de 2018.) Disponible en:http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_010616.pdf
2. López J, López O. Sobre la muerte: a quien pueda interesar. *Rev Colomb Anesthesiol*. 2012;40:195-8.
3. Villamizar E. El morir y la muerte en la sociedad contemporánea. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2002;1:66-80. (Consultado el 30 de junio de 2018.) Disponible en:<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2902>.
4. Hernández F. El significado de la muerte. *Revista Digital Universitaria, DGASCA-UNAM, México*. 2006;7:1-7.
5. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Declaración universal sobre bioética y derechos humanos. 33a sesión Conferencia General de la UNESCO, Francia, 2005. Consultado el 20 de junio de 2018. Disponible en:http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
6. Gracia-Guillén D. De la bioética clínica a la bioética global: treinta años de evolución. *Acta Bioethica, Universidad de Chile, Santiago, Chile*. 2002;8:27-39.
7. Torralba F. Filosofía del cuidar. *Mapfre Medicina, España*. 2000;11:101-10.
8. Comisión Nacional de Bioética. Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética. 5.ª ed. México, 2015. (Consultado el 28 de junio de 2018.) Disponible en:http://www.mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CHB_Final_Paginada_con_forros.pdf.
9. Organización Mundial de la Salud. Technical paper: ethics of medicine and health. (Consultado el 28 de junio de 2018.) Disponible en:http://applications.emro.who.int/docs/em_rc42_7_en.pdf.
10. Asociación Médica Mundial. Declaración sobre la eutanasia. Resolución adoptada por la 39 Asamblea Médica Mundial, Madrid, España, reafirmada por la 200.ª Sesión del Consejo de la AMM, Oslo, Noruega 2015. (Consultado el 28 de junio de 2018.) Disponible en:<https://www.wma.net/es/polices-post/resolucion-de-la-amm-sobre-la-eutanasia>
11. Diccionario de la Real Academia Española. 2015. (Consultado el 28 de junio de 2018.) Disponible en:<http://www.rae.es>.
12. Cerdá G. Al filo de la muerte: cuidados paliativos vs eutanasia. En: Tomás Garrido GM, editor. *Manual de bioética*. Barcelona: Ariel Ciencia; 2001. 445-61.
13. Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014. Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos. Diario Oficial de la Federación, 9 de diciembre de 2014.
14. Félix Z, Geraldo S, Marques A, Garrido C, Costa M, Medeiros F. La eutanasia, distanasia y ortotanasia: una revisión integradora de la literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18:2733-46.
15. Azzolini A. Intervención en la eutanasia: ¿participación criminal o colaboración humanitaria? En: *Eutanasia: aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México; 2001. 284-9.
16. Matozzo L. ¿Buen morir... Buen matar? Buen control. En: *El Derecho*. No. 9071, 27 de agosto de 1996, y *Revista Entre Círculos*, del CM Salud, Círculos Médicos de San Isidro Vicente López, año I, Eros. 1, 2 y 3; 1998.
17. Marcos A. La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico. Madrid: Pons Ediciones Jurídicas y Sociales; 2000. 1-358.
18. Trejo E. Legislación internacional y estudio de derecho comparado de la eutanasia. Dirección de Servicios de Investigación y Análisis. México: Cámara de Diputados; 2007. 25.
19. Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos. México: Secretaría de Salud, 2010. (Consultado el 20 de junio de 2018). Disponible en:http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/445_GPC_Cuidados_paliativos/GER_Cuidados_Paliativosx1x.pdf
20. Al-Mahrezi A, Al-Mandhari Z. Palliative care: time for action. *Oman Medical Journal*. 2016;31:161-3.
21. Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014. Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos. México: Secretaría de Salud; 2010.
22. Gutiérrez-Sampeiro C, Ruiz-Canizales R, Arellano-Rodríguez S, Romero Zepeda H, Hall RT, García Camino B. Medicina paliativa en cirugía. *Cir Cir*. 2017;85:186-91.
23. Álvarez A. Algunos elementos para discutir la eutanasia. *Rev Fac Med UNAM*. 2007;50(1):28-30.
24. Código Penal Federal. Diario Oficial de la Federación, 20 de agosto de 2009. (Consultado el 30 de junio de 2018.) Disponible en:<https://www.juridicas.unam.mx/legislacion/ordenamiento/codigo-penal-federal>.
25. Acosta S. ¿Quién debe decidir?. *Rev Avances Médicos Cuba*. 1996;3:60.
26. Álvarez A. Eutanasia y suicidio médicamente asistido. *Rev Invest Clin*. 2014;66:282-7.

La eutanasia es un tema complejo y controvertido que se encuentra en la intersección de la ética, la medicina, la ley y la religión. Derivada del griego "eu" (bueno) y "thanatos" (muerte), la eutanasia se refiere al acto de provocar intencionadamente la muerte de una persona para aliviar su sufrimiento, generalmente en casos de enfermedades terminales o dolor crónico insoportable. A lo largo de la historia, la humanidad ha debatido fervientemente sobre la moralidad y la legalidad de esta práctica, con posturas que varían significativamente entre diferentes culturas y sistemas legales.

En el ámbito médico, la eutanasia puede ser clasificada en activa y pasiva. La eutanasia activa implica la administración de sustancias letales para causar la muerte, mientras que la eutanasia pasiva se refiere a la retirada de tratamientos necesarios para mantener la vida. Además, se distingue entre la eutanasia voluntaria, donde el paciente consiente explícitamente, y la no voluntaria, que ocurre sin el consentimiento del paciente, ya sea porque está incapacitado para hacerlo o porque no ha dejado instrucciones claras.

Para tratar el tema de la eutanasia es inevitable hablar de la muerte; el término proviene del latín mors-mortis, que significa cesación. Desde el punto de vista biológico, consiste en el cese de las funciones orgánicas de un ser vivo, más allá de las cuales no es posible su revivificación. En el derecho, la muerte de la persona extingue su personalidad en las relaciones jurídicas, en tanto que en medicina legal el diagnóstico clínico de muerte se basa en la abolición definitiva, irreversible y permanente de las funciones vitales del organismo.

En ese sentido, el primer problema que se presenta es el momento de la determinación legal de la muerte, sus causas y la forma de certificar la defunción, pues son asuntos no solo de orden público, sino también de Salubridad General de la República.

La Ley General de Salud, en su Título IV «Pérdida de la Vida», dispone como criterios para la determinación legal de la muerte los siguientes¹:

Artículo 343.- Para efectos de este Título, la pérdida de la vida ocurre cuando se presentan la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible.

La muerte encefálica se determina cuando se verifican los siguientes signos:

- Ausencia completa y permanente de conciencia;
- Ausencia permanente de respiración espontánea, y
- Ausencia de los reflejos de tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia a estímulos nociceptivos.

Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.

Artículo 344.- Los signos clínicos de la muerte encefálica deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:

- Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica, corroborado por un médico especialista;
- Cualquier otro estudio de gabinete que demuestre en forma documental la ausencia permanente de flujo encefálico arterial.

La muerte es uno de los acontecimientos más trascendentes, ya que significa el final de un cuerpo vivo, y mientras que para algunas personas representa el fin de su existencia, para otras es el comienzo de la vida eterna². Es un hecho inherente a todos los seres vivos, y de manera particular en las personas su abordaje es complejo y supone las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ocurre³. Una forma de catalogar la muerte es por su causa (enfermedad, accidente, suicidio, homicidio, etc.), lo cual determina las posibilidades de intervención médica.

En resumen, las personas mueren por diferentes causas, en diversas circunstancias y ámbitos culturales, con distintos niveles de conciencia y diferentes percepciones de lo que constituye una buena muerte.

La relación que cada uno de nosotros establece con la muerte se teje en el plano más íntimo, a través de la conciencia personal, matizada por la época, las creencias y los conocimientos, y en base a ello cada cual vuelve la vista para buscar un sentido a su propia muerte.

El campo de intervención de la bioética es amplio, pues sustenta su reflexión con la filosofía, la medicina, el derecho y la sociología, entre otras disciplinas. Dada la complejidad de su objeto, enlaza e integra distintos conocimientos a fin de responder ante diferentes argumentos y posturas que van surgiendo con los avances científicos y tecnológicos, los cuales en las ciencias médicas han representado la posibilidad de transformar el proceso salud-enfermedad en las personas, generando mayores expectativas en cuanto a la prolongación de la vida, y de manera especial en pacientes en estado grave, crítico o terminal.

La bioética exige de la sociedad la necesidad de deliberar sobre los problemas relacionados con el medio ambiente, la vida y el cuerpo de las personas, así como la responsabilidad con las futuras generaciones, entre otros aspectos.

La Organización Mundial de la Salud refiere que las definiciones de la eutanasia no son precisas y pueden variar de una persona a otra, pero con algunos elementos en común. La mayoría de los comentaristas limitan su descripción a la eutanasia directa o activa, que se puede dividir en tres categorías: 1) el homicidio intencional de quienes han expresado su deseo competente y libre; 2) el suicidio profesionalmente asistido; y 3) el homicidio intencional de los recién nacidos que tienen anomalías congénitas que pueden o no amenazar la vida, a menudo por retención de alimento. El término eutanasia pasiva es engañoso e inexacto; se refiere a prácticas en pacientes moribundos, como son el retiro del tratamiento que ha demostrado ser de ningún beneficio, o bien no iniciar un tratamiento que se considere de ningún beneficio, y la aplicación vigorosa de tratamiento para el dolor, aunque esto posiblemente pueda acortar la vida. Ya que estas decisiones se pueden hacer cerca del final de la vida, la muerte puede seguir pronto, pero no invariablemente, y se han etiquetado estas prácticas como eutanasia.

Para la Asociación Médica Mundial, la eutanasia es considerada como la realización de forma intencional y con conocimiento de un acto con la clara intención de poner término a la vida de otra persona, siempre y cuando esta sea competente, se encuentre informada del estado incurable de su enfermedad y haya pedido voluntariamente terminar con su vida.

La ortotanasia se refiere a permitir que la muerte ocurra en su tiempo cierto, «cuando deba ocurrir», y los profesionales de la salud están capacitados para otorgar al paciente todos los cuidados y tratamientos para disminuir el sufrimiento sin alterar el curso de la enfermedad ni, por ende, el curso de la muerte. Existe también la limitación del esfuerzo terapéutico, consistente en retirar o no iniciar medidas terapéuticas porque los profesionales de la salud estiman que en la situación concreta del paciente son inútiles, ya que solo conseguirían prolongarle la vida sin posibilidad de brindarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima. La omisión o el retiro de los medios extraordinarios también se ha denominado adistanasia.

En cuanto a su clasificación, la eutanasia ha sido catalogada según su género, surgiendo así una variedad de categorías, entre las que destacan:

–Por su finalidad:

- Eugenésica: muerte a personas deformes o enfermas, para no degenerar la raza.
- Económica: eliminación de enfermos incurables, discapacitados o ancianos, para aligerar a la sociedad de personas inútiles que suponen elevados costos económicos y asistenciales.
- Piadosa: por sentimiento de compasión hacia la persona que está soportando graves sufrimientos, sin esperanza de sobrevivir.
- Solidaria: muerte indolora a personas desahuciadas con el fin de utilizar sus órganos o tejidos con fines terapéuticos.
- Por la modalidad de acción:
 - Activa: solicitada por el propio paciente en etapa terminal y provocada por la acción positiva de un médico o personal de salud.
 - Pasiva: muerte de un paciente por omisión de un tratamiento terapéutico necesario, interrupción de la terapia con la finalidad de no prolongar los sufrimientos de un enfermo al final de la vida.
- Por la intención:
 - Directa: provocación de la muerte inmediata y de manera deliberada con medios certeros.
 - Indirecta o lenitiva: acción u omisión que indirectamente (por efecto secundario) provoca la muerte.
- Por el contenido volitivo:
 - Voluntaria: se realiza a petición del paciente con su consentimiento informado, expreso y consciente.
 - No voluntaria, que contempla dos argumentos:
 - Muerte del paciente que no es capaz de entender la opción entre la vida y la muerte.
 - Se impone a un paciente en contra de su voluntad, contraviniendo sus propios deseos.
- Por la autoría:
 - Heterónoma: interviene una o varias terceras personas.
 - Autónoma: actúa el propio paciente. En esta modalidad se hablaría de suicidio.

Conclusión

La eutanasia, entendida como la intervención deliberada para poner fin a la vida de una persona que sufre de una enfermedad incurable y dolorosa, suscita un profundo debate en la sociedad. Este debate se centra en la tensión entre el derecho a la vida y el derecho a morir dignamente.

Desde un punto de vista ético, la eutanasia plantea preguntas fundamentales sobre la autonomía del paciente, la dignidad humana y la compasión. Quienes apoyan la eutanasia argumentan que permite a los individuos ejercer su autonomía y elegir una muerte digna, libre de sufrimiento insostenible. Consideran que es un acto de misericordia que respeta la voluntad de aquellos que desean poner fin a su sufrimiento cuando no hay esperanzas de recuperación.